

Tentative de suicide et prévention du suicide

N. DANTCHEV, G. ABGRALL-BARBRY

Le suicide, responsable d'environ 13 000 décès en France chaque année, avec près de 200 000 tentatives de suicide recensées, constitue un problème de santé publique. On considère que 10 % des sujets qui ont fait une tentative de suicide finissent par se suicider dans les 10 ans qui suivent cette tentative. Une approche préventive s'avère donc indispensable, en particulier lorsqu'une personne a réalisé une tentative de suicide.

1. Le suicide en France : données épidémiologiques

Le chiffre de 13 000 morts par suicide par an en France correspond aux dernières données disponibles qui sont celles de l'année 2003 (1). Il s'agit des 10 700 décès identifiés comme tels, auxquels il faut rajouter environ 20 % correspondant aux sous-déclarations dans les certificats de décès. Le taux de suicide est ainsi en France de 21 pour 100 000.

En Europe, la France occupe une position défavorable, se classant en 12^e position sur 15 pays en termes de taux de suicide standardisé selon l'âge (16,1 décès par suicide pour 100 000 personnes). Les pays ayant les taux les plus faibles sont la Grèce, l'Italie, le Portugal et le Royaume-Uni (respectivement 2,8, 5,9, 6,3 et 6,5 suicides pour 100 000 habitants).

En 2001, l'OCDE a calculé que le nombre d'années potentielles de vie perdues en France par suicide était de 335 pour 100 000 personnes, soit 8 % du total

Correspondance : Hôtel-Dieu AHPH, Unité de psychiatrie, place du parvis Notre-Dame, 75004 Paris, France. Tél. : 01 42 34 84 35. Fax : 01 42 34 84 33. E-mail : nicolas.dantchev@htd-aphp.fr

des années de vie perdues. À titre de comparaison, l'ensemble des cancers représente 26 % des années de vie perdues.

Quels sont, d'après les données des études épidémiologiques, les principaux facteurs de risque de suicide chez les suicidants ? Il existe tout d'abord une nette surmortalité chez les hommes. Le suicide représente 3 % de l'ensemble des décès masculins et 1 % des décès féminins, l'incidence étant de 26,6 pour 100 000 hommes et de 9,5 pour 100 000 femmes.

C'est pour la classe d'âge des 25-34 ans que l'importance relative des décès par suicide est la plus élevée avec 21 % en 2002, soit 1 343 décès. Ils représentent la deuxième cause de décès après les accidents. Si l'on parle davantage du suicide des adolescents pour lesquels il s'agit effectivement de l'une des premières causes de décès à un âge où l'on meurt peu de maladies, les personnes âgées sont en fait, en proportion, nettement plus concernées par le suicide.

L'âge constitue en effet l'un des principaux facteurs de risque de mortalité par suicide. Le taux de mortalité par suicide augmente fortement avec l'âge, mais de manière différente selon le sexe. Chez l'homme, le taux augmente nettement à partir de l'âge de 64 ans, atteignant 60 pour 100 000 pour les hommes de 75 à 84 ans et 124 pour ceux de 85 ans ou plus. Le taux de décès par suicide des hommes est ainsi 10 fois plus élevé après 84 ans qu'entre 15 et 24 ans. Chez les femmes, l'augmentation avec l'âge est plus modérée (21 pour 100 000 femmes de 85 ans ou plus).

Concernant le statut marital, les taux de suicide les plus élevés sont le fait des veufs (58,8 pour 100 000), puis des personnes divorcées (37,3), les célibataires et les personnes mariées présentant les taux les plus faibles.

Quelle est l'évolution de la prévalence du suicide au cours du temps ? On observe une légère diminution depuis 1993 du nombre de décès concernant les plus jeunes, mais le nombre brut de décès n'a pas beaucoup évolué au cours des dernières années. Le nombre de suicides pourrait être en augmentation au cours des années à venir du simple fait du vieillissement de la population et des taux de suicide élevés enregistrés chez les plus âgés.

La pendaison reste le principal mode de suicide en France (45 % de suicides), suivie par l'utilisation d'une arme à feu (16 %), puis l'intoxication (15 %). Au cours des dernières années, la part des suicides par pendaison a augmenté et celle des suicides par arme à feu a diminué. Il existe des différences selon le sexe. La pendaison reste le premier mode de suicide chez les hommes. Au contraire, l'ingestion de substances toxiques est le premier mode de suicide chez les femmes entre 25 et 54 ans.

Géographiquement, les régions du quart nord-ouest de la France ont des taux de suicide supérieurs à la moyenne nationale.

Les tentatives de suicides sont 15 à 20 fois plus nombreuses que les décès par suicide. On estime qu'en France 8 % de la population a déjà réalisé une tentative

de suicide, l'enquête réalisée entre 1999 et 2003 par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la DRESS a permis d'évaluer la fréquence des tentatives de suicide. Ainsi, 9 % des hommes et 6 % des femmes déclarent avoir fait au moins une TS au cours de leur vie. L'enquête a également permis de repérer l'intensité du risque suicidaire au sein de la population. Ainsi, environ 2 % de la population présenterait un risque suicidaire élevé.

On sait que, dans environ 60 % des cas, les suicidants ont consulté leur médecin traitant dans le mois précédant le passage à l'acte, sans que la dimension dépressive n'ait réellement été identifiée (2). De même, Gairin et al. (3) ont montré que 69 % des personnes décédées de suicide avaient consulté dans un service d'urgences dans les semaines ou les mois précédant leur mort et pour des raisons non psychiatriques la plupart du temps. Claassen et al. (4) ont étudié la suicidalité occulte chez les usagers des services d'urgence. Dans 11,6 % des cas, on a retrouvé une idéation suicidaire et des plans précis de suicide dans 2 % des cas. Sur les 31 patients qui avaient des plans précis de suicide, celui-ci n'avait pas été suspecté par l'examen médical standard dans 25 cas. En cas d'idéation suicidaire, dans 97 % des cas on retrouvait une pathologie anxieuse ou dépressive.

2. La crise suicidaire

Le concept de crise suicidaire, introduit ces dernières années, est particulièrement fécond dans le cadre de l'urgence. La crise suicidaire se définit comme une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Comme toute crise, elle constitue un moment de rupture où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, la mettant en situation de vulnérabilité. Elle peut être représentée comme une trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec, à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes, jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère toute sa gravité (5).

Le repérage de la crise suicidaire s'appuie sur trois types de signes :

- l'expression d'idées et d'intentions suicidaires : la personne en crise exprime certains messages directs ou indirects liés au suicide, qui doivent être pris en compte ;
- des manifestations de crise psychique : on retrouve des symptômes divers, tels que fatigue, anxiété, tristesse, irritabilité et agressivité, troubles du sommeil, perte d'intérêts, sentiment d'échec et d'inutilité, mauvaise image de soi, sentiment de dévalorisation, etc. ;
- un contexte de vulnérabilité qui peut être ancien (antécédents psychiatriques, impulsivité, facteurs de personnalité, alcoolisme, etc.) ou être lié à des événements de vie récents qui peuvent avoir précipité la crise suicidaire.

À un stade précoce, on peut repérer des signes de souffrance psychique (tristesse, pleurs), de petits signes d'incohérence, un changement de la relation avec

l'entourage, une consommation abusive et cumulée (alcool, psychotropes, tabac, drogue), un désinvestissement des activités habituelles, des prises de risque inconsidérées, un retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique, un isolement. À un stade plus avancé, la crise peut s'exprimer par des signes plus préoccupants : désespoir, souffrance psychique intense, réduction du sens des valeurs, cynisme ou recherche soudaine d'armes à feu. Une accalmie suspecte ou un comportement de départ sont des signes de très haut risque.

Pris isolément, les signes de la crise suicidaire ne sont ni spécifiques ni exceptionnels. Ils peuvent être labiles. C'est leur regroupement, leur association ou leur survenue en rupture par rapport au comportement habituel qui doivent alerter et conduire à une investigation complémentaire.

L'évaluation du risque suicidaire repose sur l'appréciation des critères recensés par l'ANAES (**tableau 1**). Six éléments permettent d'apprécier la dangerosité et l'urgence de la crise.

1. *Le niveau de souffrance* : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité.
2. *Le degré d'intentionnalité* : idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).
3. *Les éléments d'impulsivité* : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.
4. *Un éventuel élément précipitant* : conflit, échec, rupture, perte, etc.
5. *La présence de moyens létaux à disposition* : armes, médicaments, etc.
6. *La qualité du soutien de l'entourage proche* : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque.

3. Comorbidité psychiatrique liée aux conduites suicidaires

La problématique du suicide est centrale dans la dépression. Il faut en effet rappeler que 50 à 80 % des tentatives de suicide surviennent chez des patients souffrant de troubles mentaux (6), principalement de troubles dépressifs. La dépression multiplie par 30 le risque de suicide, avec un taux annuel moyen de mortalité de 3 % dont un tiers est imputable au suicide, soit une prévalence annuelle du suicide chez les déprimés de l'ordre de 1 %. Des études de cohortes prospectives de patients ont montré que 15 % des déprimés décèdent par suicide.

Or, les déprimés recourent peu aux systèmes de soins. Dans l'enquête DEPRES (7) en France, deux déprimés sur 5 n'ont pas eu recours au système de soins. Pour ceux qui ont recours au système de soins, environ 80 % consultent un médecin généraliste, 10 % un psychiatre et 10 % un autre spécialiste. Alors que 40 % des patients ayant identifié leur trouble dépressif ont été consommateurs d'au moins

Tableau 1 – Les degrés d’urgence dans la crise suicidaire, selon l’ANAES, 2000 (5)

| Urgence faible | Urgence moyenne | Urgence élevée |
|--|--|--|
| <p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> – est dans une relation de confiance établie avec un praticien, – désire parler et est à la recherche de communication, – cherche des solutions à ses problèmes, – pense au suicide mais n’a pas de scénario suicidaire précis, – pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise, – n’est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant. | <p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> – présente un équilibre émotionnel fragile, – envisage le suicide. Son intention est claire, – a envisagé un scénario suicidaire mais dont l’exécution est reportée, – ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir, – a besoin d’aide et exprime directement ou indirectement son désarroi, – est isolé. | <p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> – est décidé, a planifié le passage à l’acte prévu pour les jours qui viennent, – est coupé de ses émotions, rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé, – est complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation, – dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues, – a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider, – a le sentiment d’avoir tout fait et tout essayé, – est très isolé. |

un soin médical dans le mois précédant l’enquête, cette consommation concernait moins de 10 % des patients dont la dépression n’avaient pas été identifiée et il s’agissait le plus souvent de traitements non spécifiques de la dépression.

A quoi est lié le faible taux de prise en charge des patients déprimés ? Tout d’abord, **la plupart des déprimés n’ont pas vraiment pris conscience de leurs troubles**. Ils sont ainsi plus de 40 %, dans l’enquête DEPRES, à ne pas avoir envisagé que les troubles dont ils souffraient pouvaient être en rapport avec un état dépressif. La moitié des sujets n’ont même pas évoqué leurs problèmes avec un proche. Les raisons avancées sont le sentiment qu’ont les sujets déprimés d’être assez forts pour surmonter leurs difficultés, la crainte de ce que penserait l’entourage, la peur d’un traitement ou d’une hospitalisation, etc.

De plus, **la dépression est sous-diagnostiquée par les médecins**. L’Agency for Health Care Policy and Research (AHCPH) estimait en 1993 que 50 à 70 % des déprimés n’étaient pas reconnus comme tels par leur médecin lors de la première consultation, 10 % étant reconnus lors des consultations suivantes, 20 % s’améliorant spontanément et les autres pouvant rester déprimés durant plusieurs mois (8). De multiples facteurs sont associés à cette non-reconnaissance de la dépression par les médecins (9) :

- *le sexe* : la dépression est moins souvent reconnue chez l’homme que chez la femme, quand les sujets sont jeunes, chez les sujets ayant fait des études supérieures ;
- *l’intensité de la dépression* : les dépressions sévères sont plus souvent diagnostiquées que les dépressions d’intensité moyenne ou faible ;

- *l'absence de traitement antidépresseur antérieur* : alors que la notion d'antécédents de troubles de l'humeur alerte le clinicien, ce n'est pas le cas quand il s'agit du premier épisode ;
- *l'existence d'une composante somatique* : lorsque les plaintes somatiques sont au premier plan, les états dépressifs sont moins souvent diagnostiqués. Rappelons qu'en médecine générale, 26 % seulement des sujets déprimés ont pour motif de consultation une souffrance psychologique, les autres consultant pour un problème somatique ;
- *l'existence ou l'absence d'une détresse psychologique exprimée* : 78 % des patients de médecine générale présentant une plainte d'ordre psychologique sont identifiés comme déprimés ;
- *l'existence d'une pathologie somatique associée* : à intensité symptomatique comparable, le sujet ayant une pathologie somatique associée sera 2 fois moins souvent considéré comme déprimé ;
- enfin, *l'absence de comorbidité anxieuse et l'absence de retentissement sur le fonctionnement socioprofessionnel* : la reconnaissance est diminuée si ces signes sont absents.

Enfin, lorsqu'elle est diagnostiquée, la dépression est insuffisamment traitée. La réponse thérapeutique habituelle des médecins généralistes, quand ils dépistent un déprimé, consiste en prescription médicamenteuse. Mais on a montré que seulement un peu plus de la moitié des déprimés (56 %) reçoit des psychotropes (10), un antidépresseur n'étant prescrit que dans 12,5 à 50 % des cas. Au total, il n'y a que 10 % des sujets déprimés diagnostiqués comme tels par leur généraliste qui recevront un antidépresseur à dose efficace pendant au moins 1 mois.

En France, Saliou et al. (11) ont montré que, parmi 500 patients consécutifs consultant dans un service d'urgences, 38 % d'entre eux présentaient au moins un trouble psychiatrique, ce qui est une prévalence considérable. Parmi ceux-ci, seuls 8 % avaient été adressés aux urgences pour un motif psychiatrique, alors que pour les autres (30 % des consultants), le trouble psychiatrique n'a été diagnostiqué qu'en réalisant une évaluation psychiatrique systématique. Le diagnostic le plus fréquent était la dépression (80 cas), suivi par l'anxiété généralisée (34 cas), l'intoxication alcoolique (21 cas), la schizophrénie (16 cas), etc. La dépression est donc la pathologie psychiatrique de loin la plus fréquente parmi les usagers des urgences en France. Elle concernerait 16 % des usagers des urgences médicales tout-venant.

Hustey a montré, en 2005, que 17 % des personnes âgées de plus de 70 ans consultant dans un service d'urgences présentaient les symptômes d'un trouble dépressif (12). Si les médecins reconnaissent mieux les signes dépressifs chez les personnes âgées que chez les sujets plus jeunes, ils peuvent hésiter à les traiter, soit parce qu'ils considèrent la dépression comme un signe normal du vieillissement, soit parce qu'ils hésitent à rajouter un nouveau traitement pharmacologique chez des patients souvent déjà multitraités. Les sentiments de tristesse sont

plus volontiers rattachés à la difficulté de vieillir ou à une souffrance somatique qu'à une dépression, comme si la tristesse était un phénomène normal à cette période de la vie. Pourtant, chez la personne âgée, le traitement de la dépression est efficace et peut considérablement améliorer la qualité de vie.

4. Dispositifs d'urgences et suicide

On considère qu'environ 160 000 tentatives de suicide passent par les services d'urgences en France chaque année (7). Dans 25 % des cas, ce passage par les urgences est suivi d'un transfert en service de psychiatrie. Dans les trois-quarts des cas, les patients ne sont pas admis.

À l'occasion de leur passage aux urgences, les suicidants rencontrent généralement un psychiatre. Ainsi, le premier contact avec la psychiatrie s'effectue actuellement pour la grande majorité des patients par les services d'urgences.

Dans les SAU, la participation d'infirmiers spécifiquement formés à la psychiatrie est réglementairement prévue. De plus, récemment ont commencé à être déployés des postes de psychologues destinés à la prise en charge des victimes et des usagers des urgences. L'intervention en première ligne de ces professionnels tendra à se généraliser dans les services d'urgences. La prise en charge des patients psychiatriques dans les services d'urgences nécessite donc une étroite collaboration entre les différents intervenants : urgentistes, psychiatres, infirmiers et psychologues.

Après une tentative de suicide, une hospitalisation de quelques heures à quelques jours est nécessaire car elle permet de réaliser une évaluation pluridisciplinaire et approfondie et surtout elle offre le lieu pour organiser la poursuite de soins à l'extérieur avec le réseau soignant ambulatoire. Elle devrait pouvoir être réalisée idéalement dans une unité de soins spécialisée dans la prise en charge des patients suicidants mais, dans la réalité, la plupart des services de psychiatrie et de médecine remplissent cette mission.

Une hospitalisation est recommandée si la dangerosité de la situation l'impose. L'hospitalisation aura pour but la protection de la personne, l'établissement d'une relation de confiance avec elle, la mise en mots de la souffrance en ayant le souci constant de définir et de favoriser les soins ultérieurs. Dans tous les cas, la protection d'un sujet suicidaire passe par une obligation d'action prévue dans la loi. Cette obligation d'action se résume à une obligation d'information, de surveillance et de secours, que le malade soit hospitalisé ou non. La question se pose surtout lorsque le patient déprimé refuse l'idée d'une hospitalisation et parfois même d'une consultation en milieu spécialisé et l'hospitalisation sous contrainte peut alors s'avérer nécessaire.

Quand un patient déprimé ne nécessite pas une hospitalisation, le passage aux urgences doit être l'occasion de planifier la suite de la prise en charge. Si le

patient bénéficie déjà d'un suivi, on le réadresse à son référent habituel. Si le patient a autrefois été suivi mais a interrompu la prise en charge, on tentera de comprendre les raisons de cette interruption et on réenvisagera la reprise d'un suivi avec le même ou avec un autre praticien. Enfin, si le patient n'a jamais été suivi, il convient de déterminer la prise en charge la plus adaptée à son contexte (dispensaire, médecine libérale, etc.). Dans ce cas, il peut être utile qu'une consultation de posturgence (dans les jours qui suivent le passage aux urgences) soit disponible sur le site, ce qui permet de réexaminer à froid la question de l'orientation et offre davantage de chances qu'un suivi puisse être effectivement mis en place.

5. Prévention

La prévention repose, d'une part sur une prise en charge adaptée aux urgences des personnes qui viennent de réaliser un acte suicidaire et, d'autre part, sur le dépistage des patients potentiellement suicidaires, mais qui consultent pour un autre motif.

Peut-on repérer simplement les troubles dépressifs au cours d'une consultation courante aux urgences ? Différentes recherches ont été conduites dans cette perspective, afin d'identifier les questions les plus pertinentes à poser aux patients :

- Whooley et al. (13) ont posé à 536 patients consécutifs d'un service d'urgence deux questions :
 - « *Au cours du dernier mois, vous êtes-vous souvent senti abattu, déprimé, ou désespéré ?* »
 - « *Avez-vous souvent ressenti peu d'intérêt ou de plaisir à faire quoi que ce soit ?* »

Ces deux questions simples correspondent en fait à deux des critères obligatoires de la dépression selon la CIM-10. Le diagnostic de dépression a été posé chez 97 patients (prévalence 18,1 %) par interview structuré [Diagnostic Interview Schedule (DIS) du National Institute of Mental Health]. Une réponse positive aux deux questions avait une sensibilité de 96 %, mais une spécificité de 57 % seulement : près de la moitié des patients qui répondaient positivement aux deux questions n'était pas déprimée, alors qu'une réponse négative aux deux questions rendait fortement improbable le diagnostic de dépression. Il s'agit donc seulement d'un test de repérage, nécessitant un bilan complémentaire en cas de positivité et n'excluant pas la vigilance en cas de négativité.

- Brody et al. (14) ont proposé de compléter ce test par une évaluation des patients positifs sur 4 items :
 - *troubles du sommeil*
 - *anhédonie*

- faible estime de soi
- modifications de l'appétit

L'étude a été conduite chez 1 000 patients de médecine générale sélectionnés par tirage au sort dans 4 cliniques aux États-Unis. Le test de dépistage à deux questions a permis de sélectionner 325 patients, dont 165 (51 %, ou 16,5 % du total) avaient 2 réponses positives ou plus aux 4 questions complémentaires et parmi ces 165, 115 (35 % des 325 ou 11,5 % du total) répondaient aux critères de dépression caractérisée selon le DSM-IV. Une réponse positive aux deux questions s'est révélée posséder une excellente sensibilité, puisqu'elle permettait d'identifier 97,4 % des patients déprimés. Les autres patients de ce groupe étaient « non déprimés » selon le DSM-IV, mais présentaient des symptômes du registre de la dépression, même s'il ne s'agissait pas de dépressions vraies.

- Le Groupe international de consensus sur la dépression et l'anxiété (15) s'est inscrit dans la même démarche, en proposant deux questions pour le dépistage de la dépression, proches de celles de Whooley (13) :

- « Avez-vous perdu tout intérêt et plaisir pour la plupart des choses qui vous plaisent habituellement ? »

- « Avez-vous perdu votre entrain, ou vous sentez-vous inexplicablement fatigué ? » (ou « Vous sentez-vous triste ou déprimé ? »).

- Enfin, l'équipe française de Duburcq (16) a élaboré un test de repérage de la dépression en médecine générale. Le diagnostic de dépression était effectué à l'aide d'un questionnaire MINI sur un échantillon de 1 100 patients. Un test de dépistage à 4 questions, qui recoupe en partie celles de Whooley et de Brody, s'est avéré le plus intéressant, avec une sensibilité de 82,5 % et une spécificité de 54,6 % pour le dépistage en cas de réponse positive à l'une des 4 questions suivantes :

- « Avez-vous des troubles du sommeil ? »

- « Vous sentez-vous tout le temps fatigué ? »

- « Vous sentez-vous nerveux, tendu ? »

- « Avez-vous du mal à faire face aux événements ? »

- À noter que des tests de dépistage ont été proposés pour détecter la dépression spécifiquement chez les personnes âgées. Par exemple, Fabacher et al. (17) ont proposé un test à 3 questions, qui possède une sensibilité de 79 % et une spécificité de 66 %.

De tels outils sont adaptés au contexte des urgences et notamment au temps disponible durant une consultation. Il ne s'agit cependant que de tests de dépistage, avec les avantages et inconvénients de toute méthode de dépistage, notamment les faux négatifs. Un résultat négatif au test de dépistage ne doit pas faire éliminer systématiquement le diagnostic de dépression. Ces tests aident à structurer la consultation et facilitent le repérage de la dépression. Ils ne se

substituent pas à l'analyse clinique habituelle, ni aux critères diagnostiques indispensables.

Dans tous les cas, l'information du patient est essentielle. Les patients doivent être informés du fait que la dépression est un trouble qui relève d'un traitement et de bon pronostic sous traitement. Une information doit être délivrée sur les traitements antidépresseurs, leurs effets indésirables éventuels et les modalités habituelles du traitement. Il convient d'insister sur l'importance d'un suivi (18, 19).

Références bibliographiques

1. Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. DREES. Études et résultats 2006.
2. Batt A. Les politiques de prévention du phénomène suicidaire en Europe : quelques exemples en médecine générale. Paris : INSERM ; 1994. p. 45-54.
3. Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. Br J Psychiatry 2003 ; 183 : 28-33.
4. Claassen CA, Larkin GL. Occult suicidality in an emergency department population. Br J Psychiatry 2005 ; 186 : 352-3.
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Prise en charge de la crise suicidaire. Conférence de consensus texte cours. 19-20 octobre 2000. Paris : ANAES ; 2000.
6. Lejoyeux M, Léon E, Rouillon F. Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. L'Encéphale 1994 ; 20 : 495-503.
7. Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, et al. Depression in the community: the first pan European study DEPRES (Depression Research in European Society). Int Clin Psychopharmacol 1997 ; 12 : 19-29.
8. Agency for Health Care Policy and Research. Depression in primary care. Volume 1. Detection and diagnosis ? Clinical practice guideline. Rockville Eds : AHCPR ; 1993.
9. Schwenk TL, Coyne JC, Fechner-Bates S. Differences between detected and undetected patients in primary care and depressed psychiatric patients. Gen Hosp Psychiatry 1996 ; 18 : 407-15.
10. Weiller E, Lecrubier Y, Boyer P. Antidepressant use in general practice. Therapie 1996 ; 51 : 429-30.
11. Saliou V, Fichelle A, McLoughlin M, et al. Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service. Gen Hosp Psychiatry 2005 ; 27 : 263-8.
12. Hustey FM. The use of a brief depression screen in older emergency department patients. Acad Emerg Med 2005 ; 12 (9) : 905-8.
13. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. J Gen Intern Med 1997 ; 12 : 439-45.
14. Brody DS. Identifying patients with depression in the primary care setting. Arch Int Med 1998 ; 7 : 2469-75.
15. Ballenger JC. Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety. J Clin Psychiatry 1999 ; 60 : 29-34.

16. Duburcq A, Charpak Y, Blin P. Comment diagnostiquer la dépression en médecine générale ? Élaboration d'un test de repérage des patients déprimés. Rev Prat MG 2000 ; 14 : 1403-7.
17. Fabacher DA, Raccio-Robak N, Mc Erlean MA, et al. Validation of a brief screening tool to detect depression in elderly ED patients. Am J Emerg Med 2002 ; 20 : 99-102.
18. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Paris : ANAES ; 2002.
19. National Health Committee on Health and Disability. Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals. Auckland : NHC ; 1996.

